



**Hospital**  
Vila Franca de Xira

# Electroconvulsivoterapia de Continuação e Manutenção

**Ricardo Coentre**  
Assistente Hospitalar de Psiquiatria

Curso Teórico-Prático de Electroconvulsivoterapia  
Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

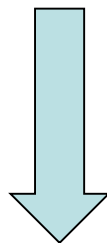
10 de Julho de 2015

# ECT Continuação e Manutenção



Hospital  
Vila Franca de Xira

- ECT como terapêutica eficaz e segura para episódios agudos de depressão grave e outras doenças psiquiátricas
- ECT frequentemente descontinuado após remissão dos sintomas agudos
- Principais doenças psiquiátricas: crônicas e recorrentes



Continuação do tratamento com ECT para além da fase aguda é importante para um bom e completo tratamento

# Effectiveness of Electroconvulsive Therapy in Community Settings

Joan Prudic, Mark Olfson, Steven C. Marcus, Rice B. Fuller, and Harold A. Sackeim

**Background:** Clinical trials indicate that electroconvulsive therapy (ECT) is the most effective treatment for major depression, but its effectiveness in community settings has not been examined.

**Methods:** In a prospective, naturalistic study involving 347 patients at seven hospitals, clinical outcomes immediately after ECT and over a 24-week follow-up period were examined in relation to patient characteristics and treatment variables.

**Results:** The sites differed markedly in patient features and ECT administration but did not differ in clinical outcomes. In contrast to the 70%–90% remission rates expected with ECT, remission rates, depending on criteria, were 30.3%–46.7%. Longer episode duration, comorbid personality disorder, and schizoaffective disorder were associated with poorer outcome. Among remitters, the relapse rate during follow-up was 64.3%. Relapse was more frequent in patients with psychotic depression or comorbid Axis I or Axis II disorders. Only 23.4% of ECT nonremitters had sustained remission during follow-up.

**Conclusions:** The remission rate with ECT in community settings is substantially less than that in clinical trials. Providers frequently end the ECT course with the view that patients have benefited fully, yet formal assessment shows significant residual symptoms. Patients who do not remit with ECT have a poor prognosis; this underscores the need to achieve maximal improvement with this modality.

# ECT Continuação e Manutenção

- Após fase aguda de ECT:
  - Prevenção da recidiva: sintomas do episódio inicial
  - Prevenção da recorrência: sintomas de novo episódio subsequente



Frequentemente efectuadas com  
terapia farmacológica

# ECT Continuação e Manutenção



Quando ECT é usada para o tratamento do episódio agudo torna-se razoável considerar ECT-C e/ou ECT-M para prevenir recidiva ou recorrência.

# ECT Continuação e Manutenção

## Definições



- **ECT curso agudo/index:** é a série de tratamentos iniciais de ECT dados para o alívio dos sintomas agudos da doença.
- **ECT de continuação (ECT-C):** é o curso de tratamentos de ECT que se inicia após o curso agudo e remissão da doença, dura até aos 6 meses, e é realizado para prevenção da recidiva do episódio.
- **ECT de manutenção (ECT-M):** é o curso de ECT que se inicia após a ECT-C e cujo objectivo é prevenir a recorrência de um novo episódio de doença.

# ECT Continuação e Manutenção

## Indicações



- ECT C/M para doentes depressivos que completaram com sucesso um curso de ECT fase aguda e:
  1. Recidivam sem tratamento de continuação e manutenção (farmacoterapia ou ECT) e requerem um segundo curso de ECT
  2. Falham um ou mais cursos de farmacoterapia de continuação e manutenção
  3. Preferem a ECT continuação e manutenção

# ECT Continuação e Manutenção



- Maioria de ECT-C e ECT-M realizada em regime ambulatorio.
- Evidência científica: baseada fundamentalmente em casos clínicos, estudos retrospectivos ou prospectivos não controlados, com inclusão de pouco número de doentes e sobretudo com o diagnóstico de depressão.



# ECT Continuação e Manutenção

## Frequência e duração



- Óptima frequência e duração de ECT-C/M não foi ainda estudado de forma sistemática.
- Na prática clínica, são seguidos um dos seguintes modelos:
  1. Cronograma com redução progressiva da frequência das sessões: iniciando com tratamentos semanais por 2-4 semanas, seguido de redução gradual na frequência até um por mês;
  2. Esquema fixo com tratamentos todas as 1-4 semanas
  3. Abordagem “*as-needed*” com 1-2 tratamentos cada vez que existam sinais de recidiva

# ECT Continuação e Manutenção

## Frequência e duração



- Não existe um único calendário para a ECT-C/M para todos os doentes
- Calendário deve ser flexível e ajustado às necessidades do doente, tendo em conta a história de recidivas/recorrencias e gravidade dos episódios depressivos
- Doentes que beneficiam de ECT-M podem recebê-lo indefinidamente
- Exemplo:
  - Após ECT fase aguda 2x a 3x semana
  - Semanal por 1 a 4 semanas
  - Quinzenal por 4 semanas
  - Mensal por 2 meses
  - (Eventual redução para 1x 3/3 meses)

# ECT Continuação e Manutenção

## Riscos



- Riscos sobreponíveis ao ECT fase aguda
- ECT-C/M:
  - Dado na maioria das vezes em regime ambulatorio
  - Assim apenas apropriado para determinados doentes: doentes colaborantes, com possibilidade de efectuar o jejum, apoio para transporte após cada tratamento
  - Doentes não devem conduzir para casa, nem por 24H após a sessão
  - Alguns doentes (especialmente idosos) podem permanecer confusos por longos períodos após ECT, aumentando risco de quedas

# ECT Continuação e Manutenção

## Riscos



- ECT-C/M: pode ser mais seguro e opção mais desejável do que a medicação, particularmente em doentes idosos ou medicamente comprometidos, e que são extremamente sensíveis aos efeitos tóxicos da exposição às medicações.
- Estudos apontam que a técnica é segura e eficaz mesmo em doentes idosos, muitos com problemas médicos significativos.

# ECT Continuação e Manutenção

## Efeitos Cognitivos



- ECT-C/M: frequência menos frequente que o curso inicial, dificuldades cognitivas curta duração e sem caracter cumulativo.
- Muitos casos clínicos descritos com doentes que receberam muitos tratamentos durante anos sem problemas.
- Caso clínico de doente com 74 anos que recebeu mais do que 400 tratamentos que não mostrou qualquer sinal de detioração.

# ECT Continuação e Manutenção

## Indicações



- Doenças afectivas recorrentes (depressão major, doença afectiva bipolar): representam a maioria dos doentes submetidos a ECT-C/M e onde existe mais evidência
  - Depressão psicótica

# ECT      Continuação      e      Manutenção

## Técnica

## Anestesia



- As mesmas premissas aplicadas para a fase aguda são transpostas para a ECT-C/M
- Terapêuticas anestésicas e doses são as mesmas
- A avaliação após o tratamento é sobreponível aquela efectuada após as sessões da fase aguda (inclui pelo menos orientação, estado de consciência, marcha e sinais vitais)
- Quando reorientado, com marcha e sinais vitais estabilizados, os doentes são autorizados a deixar a área de tratamento

# ECT Continuação e Manutenção Técnica



Localização de eléctrodos na ECT C/M deve ser a mesma do que aquela usada na fase aguda.



# ECT Continuação e Manutenção

## Medicação concomitante



- Normas de orientação sobreponíveis às de ECT fase aguda.
- Antipsicóticos: podem ser continuados pelos efeitos sinérgicos.
- Antidepressivos: parados ou reduzidos no ECT fase aguda, mas frequentemente são continuados na fase de ECT-C/M uma vez que existe evidência que a combinação pode ser segura e eficaz na redução da recidiva/recorrência após ECT agudo.
- Lítio: pode ser combinado com a ECT-C/M, mas omitindo 1 ou 2 doses antes do ECT para minimizar risco de confusão mental.
- Sedativos/anticonvulsivantes: uso deve ser minimizado pois pode inibir a eficácia da ECT. Preferência por benzodiazepinas de curta acção como o lorazepam.

# ECT Continuação e Manutenção Avaliação



- Não existe necessidade de exames específicos antes do início da ECT-C/M, uma vez que estes foram realizados antes do início do curso agudo de tratamento.
- Todavia dado que a ECT-C/M é efectuada em regime ambulatorio não permitindo observação médica directa continua entre tratamentos, uma breve avaliação psiquiátrica e médica deve ser obtida antes de cada tratamento.
- Queixas e achados físicos, especialmente aqueles sistemas em risco com a ECT (cardiovascular, SNC e musculoesquelético) devem ser alvo de especial atenção.
- *APA Task Force ECT*: recomenda a realização de exame físico, testes laboratoriais (incluindo hemoglobina, Hct. e ionograma) todos os 6 meses em doentes em ECT C/M.

# ECT Continuação e Manutenção

## Instruções



- Doentes devem ser instruídos a terem jejum de pelo menos 8 H antes de cada tratamento.
- Habitualmente devem ser acompanhados para o domicilio por familiar ou cuidador.
- Um novo consentimento informado deve ser obtido especificamente para a ECT-C/M, reflectindo as particularidades do tratamento

# ECT Continuação e Manutenção Eficácia

Farmacoterapia é por vezes combinada com o ECT-C/M com melhoria dos *outcomes*.

ECT-C/M apenas = farmacoterapia apenas  
ECT C/M+farmacoterapia>farmacoterapia  
apenas

# Continuation Electroconvulsive Therapy vs Pharmacotherapy for Relapse Prevention in Major Depression:

A Multisite Study From the Consortium for Research in Electroconvulsive Therapy (CORE)

**Background**—Although electroconvulsive therapy (ECT) has been shown to be extremely effective for the acute treatment of major depression, it has never been systematically assessed as a strategy for relapse prevention.

**Objective**—To evaluate the comparative efficacy of continuation ECT (C-ECT) and the combination of lithium carbonate plus nortriptyline hydrochloride (C-Pharm) in the prevention of depressive relapse.

**Design**—Multisite, randomized, parallel design, 6-month trial performed from 1997 to 2004.

**Setting**—Five academic medical centers and their outpatient psychiatry clinics.

**Patients**—Two hundred one patients with Structured Clinical Interview for *DSM-IV*-diagnosed unipolar depression who had remitted with a course of bilateral ECT.

**Interventions**—Random assignment to 2 treatment groups receiving either C-ECT (10 treatments) or C-Pharm for 6 months.

**Main Outcome Measure**—Relapse of depression, compared between the C-ECT and C-Pharm groups.

**Results**—In the C-ECT group, 37.1% experienced disease relapse, 46.1% continued to have disease remission at the study end, and 16.8% dropped out of the study. In the C-Pharm group, 31.6% experienced disease relapse, 46.3% continued to have disease remission, and 22.1% dropped out of the study. Both Kaplan-Meier and Cox proportional hazards regression analyses indicated no statistically significant differences in overall survival curves and time to relapse for the groups. Mean±SD time to relapse for the C-ECT group was 9.1±7.0 weeks compared with 6.7±4.6 weeks for the C-Pharm group ( $P=.13$ ). Both groups had relapse proportions significantly lower than a historical placebo control from a similarly designed study.

**Conclusions**—Both C-ECT and C-Pharm were shown to be superior to a historical placebo control, but both had limited efficacy, with more than half of patients either experiencing disease relapse or dropping out of the study. Even more effective strategies for relapse prevention in mood disorders are urgently needed.

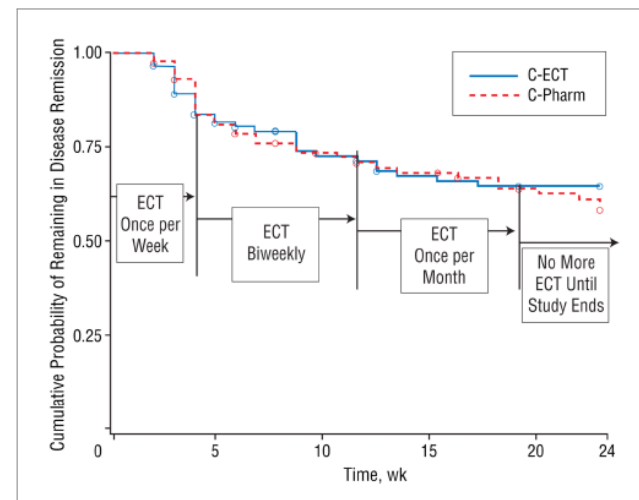


Figure 2.  
Kaplan-Meier curves showing proportion of patients who remained in disease remission (not disease relapse) during the continuation phase (phase 2). Log-rank test comparing distributions of time to relapse for C-ECT vs C-Pharm:  $\chi^2=0.30$ ,  $P=.59$ . C-ECT indicates continuation electroconvulsive therapy; C-Pharm, combination of lithium carbonate plus nortriptyline hydrochloride.

ECT-C versus Fármacos (nortriptilina+lítio)  
Taxa de recidiva = (37.1% versus 31.6%)

# Continuation Electroconvulsive Therapy With Pharmacotherapy Versus Pharmacotherapy Alone for Prevention of Relapse of Depression

## A Randomized Controlled Trial

Axel Nordenskjöld, MD,\*† Lars von Knorring, MD, PhD,\*‡  
Tomas Ljung, MD,§ Andreas Carlborg, MD, PhD,||¶ Ole Brus, MSc,\*#  
and Ingemar Engström, MD, PhD\*†



### Subjects

Inclusion criteria in the study were:

1. Major depression (single episode, recurrent, or bipolar) verified by Mini-International Neuropsychiatric Interview Plus (MINI-PLUS).
2. Treatment with ECT in one of the 4 participating hospitals.
3. No more than 15 points in the Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) scale combined with at least much-improved scoring in the Clinical Global Impression (CGI) scale according to the patients' judgment.

Exclusion criteria were:

1. Schizophrenia or schizoaffective disorder
2. Dependence or substance abuse during the past year
3. Any contraindication to ECT
4. More than 3 weeks since last ECT
5. Younger than 18 years
6. Pregnant or nursing

*Relapse occurred in fewer patients who received combination treatment than pharmacotherapy alone (32 versus 61%)*

TABLE 2. Pharmacotherapy After Randomization Until Relapse

	ECT Plus Pharmacotherapy (%), n = 28	Pharmacotherapy Alone (%), n = 28	Statistical Significance
Serotonin selective reuptake inhibitor	36	21	$\chi^2 = 1.40, P = 0.24$
Serotonin norepinephrine reuptake inhibitor	39	50	$\chi^2 = 0.65, P = 0.42$
Mirtazapine	21	32	$\chi^2 = 0.82, P = 0.37$
Tricyclics	11	11	$\chi^2 = 0.00, P = 1.00$
Other antidepressant	11	7	$\chi^2 = 0.22, P = 0.64$
Lithium	54	57	$\chi^2 = 0.07, P = 0.79$
Antipsychotics; patients with psychotic symptoms (n = 21)	55	40	$\chi^2 = 0.44, P = 0.50$
Antipsychotics; patients without psychotic symptoms (n = 35)	18	22	$\chi^2 = 0.11, P = 0.74$

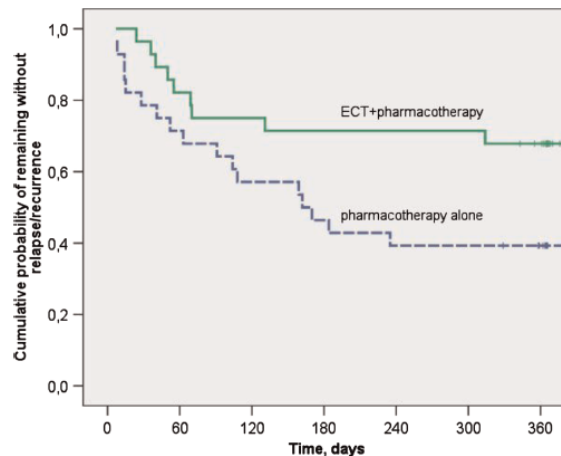


FIGURE 2. Kaplan-Meier function of the cumulative probability of remaining without relapse for patients treated with continuation ECT plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy-alone in the intention-to-treat sample.

# ECT Continuação e Manutenção

## Custo Eficácia



- Factor importante na sociedade actual
- ECT-C/M reduz internamentos
- $ECT-C/M = 1/3$  custos tratamento era pré-ECT C/M
- Custos indirectos poupados: aumento dias de trabalho, aumento produtividade, melhoria satisfação doentes/médicos.

# ECT Continuação e Manutenção

## Conclusões



- ECT C/M é uma ferramenta importante no armamentário terapêutico psiquiátrico.
- É uma intervenção eficaz para redução da recidiva, recorrência e rehospitalização em doentes que tiveram uma boa resposta à ECT na fase aguda e com resposta reduzida à medicação apenas.
- São necessários mais estudos para tornar evidência mais robusta (RCT, maior número de doentes, outros diagnósticos para além da depressão).





**Hospital**  
**Vila Franca de Xira**

Estrada Nacional N°1, Povos  
2600-009 VILA FRANCA DE XIRA

T. 263 006 500 F. 263 006 636